

健康保険 被保険者 家族 食事療養標準負担額差額支給申請書

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

注意
当申請より先に「T0420 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出して減額認定を受けて下さい。
減額認定を受けていない場合は、速やかに申請頂きますようお願い致します。

請求日 令和元年 5 月 31 日

被 保 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号 - 番号 1 - 12345	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎
	事業所	〇〇〇〇株式会社	所 属	人事総務部 (内線・外線 711-3741)
	対象者 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	生年 月日	昭和 平成 50 年 5 月 10 日 令和 続柄 本人
	食事療養を受けた 医療機関等	名 称 住所	△△△△△総合病院 □□県□□□市□□□町1234	
	入院期間	令和元年 5 月 1 日から 令和元年 5 月 15 日まで	15 日間	左記間中に支払った 標準負担額 15,000 円
	既に減額認定証の 交付を受けている場合	発行日	年 月 日	長期該当年月日 年 月 日
	減額認定証（標準負担減額認定書）の 交付申請または医療機関等へ 提出できなかった理由	緊急の入院だったため、減額認定証の申請が間に合わなかった。		
委 任 状	工機ホールディングス健康保険組合 理事長 殿 本請求に基づく給付金の受領を 殿に委任します。 令和元年 5 月 31 日 住所 (自宅住所) 被保険者 氏名 健保 太郎			
※任意継続 者、退職者は 記入不要です				

添付書類 医療機関が発行した食事療養費が記載された領収証の原本

【任意継続者・退職者（資格喪失者）記入欄】

振 込 先	銀行	店 支店	口座番号	預金種別	普通 ・ 当座
	信金		フリガナ		
	信組	出張所	口座名義		
	労金		電話番号		
	農協				

健 保 記 入 欄	資格取得日	支給額	円	内訳	食事療養費	円
	資格喪失日				円	円
備考				出納 印	受付 印	